№ 6 WARSZAWA, CZERWIEC 1932 ROK IV.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.50**

Yohimbina Dra Spiegel'a

zwalcza szybko i niezawodnie niemoc płciową neurastenję i stany przygnębienia

Próby i literaturę wysyła na żądanie

ODDZIAŁ NAUKOWY NA POLSKĘ „ERGOS", WARSZAWA · MARSZAŁKOWSKA 62

Mutabor-Rawski

LECZY

Katar kiszek, **biegunki, uporczywe rozwolnienia** i nerwicę narządów trawiennych.

№ 6. WARSZAWA, CZERWIEC 1932 ROK IV

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr med. E. ŻERA (Warszawa).

ŚREDNIE CIŚNIENIE KRWI I JEGO ZASTOSOWANIE W KLINICE.

Od chwili kiedy mierzyć zaczęto ciśnienie krwi, spodziewano się, że będzie ono kluczem do rozwiązania szeregu zagadnień z dziedziny patologji krążenia. Ciśnienie maksymalne, które w pierwszym rzędzie jest wynikiem skurczu serca, nie spełniło pokładanych w niem nadziei ze względu na swą niestałość. Ciśnienie minimalne, które wyraża pewne stałe obciążenie naczyń i oznacza dolną granicę, poza którą ciśnienie nie może się więcej obniżyć, daje wyniki nieścisłe i jest trudne do określenia zarówno metodą oscylacyjną, jak również osłuchową i palpacyjną. Obecnie do tych dwóch ciśnień dotychczas w klinice obowiązujących, dochodzi na skutek ostatnich badań autorów francuskich z *Vaquezem* na czele jeszcze trzecie, nazwane ciśnieniem średniem.

Zagadnienie to jest właściwie starej daty. Już fizjolog francuski *Marey* określał średnie ciśnienie tętnicze drogą krwawą w doświadczeniu na zwierzętach za pomocą manometru rtęciowego. Z klinicystów francuskich zajmował się tym tematem *Potain*, który u osobników z tętnem dykrotycznem mierzył ciśnienie skurczowe i ciśnienie fali dykrotycznej i stąd drogą zawikłych obliczeń matematycznych, określił wartość ciśnienia średniego. Dopiero zastosowanie przez *Pachona* w r. 1920 metody oscylometrycznej do określania ciśnienia uprościło w znacznym stopniu w sensie praktycznym całą sprawę. *Pachon* nazwał je „ciśnieniem tętniczem skutecznem albo średniem dynamicznem“, a jego uczeń *Fabre* stworzył jego uzasadnienie teoretyczne. Zastosowaniem w dziedzinie kliniki tych nowych zdobyczy zajmowali się dwaj inni uczniowie *Pachona, Dodel, i Foutau.* Mimo to sprawa ta nie zdobyła sobie prawa obywatelstwa w świecie lekarskim. Nie mówiąc już o klinice, nawet wielkie podręczniki fizjologji nie zawierają o niem wzmianki. Również

w piśmiennictwie polskiem o niem nie wspomniano. Dopiero w roku 1931 *Vaquez* i jego uczniowie wydobyli sprawę ciśnienia średniego z zapomnienia i przez podkreślenie szeregu jej wartości dla kliniki uczynili ją ponownie aktualną.

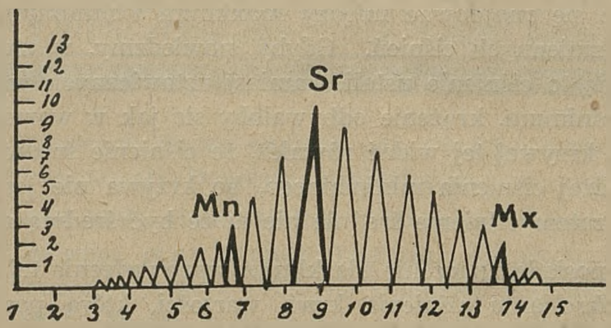
Co to jest owo ciśnienie średnie krwi, co pod pojęciem tym rozumieć należy? Układ naczyniowy w okresie jednej rewolucji serca podporządkowany jest całemu szeregowi zmiennych ciśnień, z których praktycznie określano dotychczas wartości najwyższe i najniższe t. j. ciśnienie skurczowe i rozkurczowe. Między temi dwoma wartościami krańcowemi ciśnienie przybiera cały szereg wartości, kolejno zmieniających się w czasie — zwiększających się od minimum do maximum i zmniejszających w kieruku odwrotnym. Ciśnienie średnie będzie więc wypadkową tych kolejnych zmiennych ciśnień t. zn. będzie miało jedną z wartości, jaka istnieje między maximum i minimum. Gdyby ciśnienie średnie utrzymywało się w układzie krążenia zapewniłoby wtedy ten sam dopływ krwi do naczyń, co ciśnienie zmienne oscylujące od minimum do maximum. Nie jest to więc bynajmniej średnia arytmetyczna ciśnień krańcowych, bo ta liczba nie ma żadnego praktycznego znaczenia.

Pomiarów ciśnienia średniego dokonywano w pracowniach fizjologicznych drogą krwawą przez połączenie manometru kompensacyjnego *Marey'a* z naczyniem. W roku 1920 *Pachon* uzupełniwszy dotychczasową metodę przez włączenie oscylometru wykazał, że średniemu ciśnieniu mierzonemu wysokością słupa rtęci w manometrze kompensacyjnym *Marey'a* odpowiada największe wychylenie igły oscylometrycznej. Doświadczenie powyższe powtórzone ostatnio w klinice *Varqueza (Gley* i *Gomez)* potwierdziło rezultaty *Pachon'a.* A zatem ciśnienie powietrza w mankiecie, przy którym zjawia się wskaźnik oscylometryczny, odpowiada średniemu ciśnieniu krwi. U człowieka zdrowego w pozycji leżącej największemu wychyleniu igły oscylometrycznej odpowiada ciśnienie 90 — 100 mm. słupa rtęci.

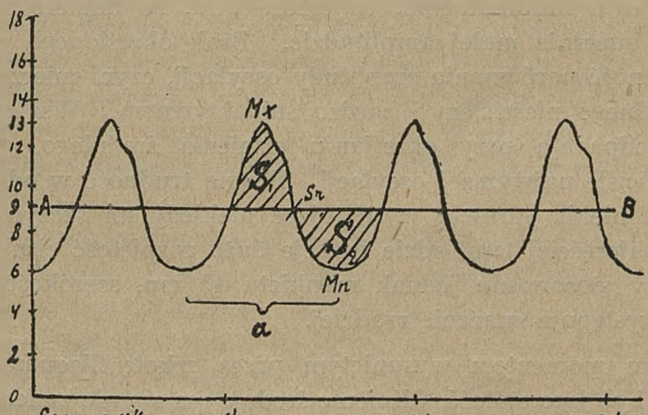
Jeśli zatem będziemy określać ciśnienie drogą oscylometryczną, wówczas pierwsze zjawienie się oscylacji wyraźnych przyjmiemy jako maximum dalsze zmniejszanie ciśnienia powietrza w mankiecie będzie powodować wzrost oscylacji. Ciśnienie w mankiecie przy którym zjawi się najwyższe wychylenie igły oscylometrycznej, będzie ciśnieniem średniem. Następne oscylacje będą się szybko zmniejszać aż do momentu, od którego już wolno i stopniowo obniżają swój poziom. Miejsce przejścia oscylacji dużych do małych i stopniowo obniżających swą wysokość, będzie odpowiadać ciśnieniu rozkurczowemu. (patrz rys 1).

Powstaje pytanie, dlaczego oscylacji o największej amplitudzie odpowiada ciśnienie średnie. Nad przyczynami tego związku zastanawiali się*Pachon* i *Fabre* i podali uzasadnienie teoretyczne, uzupełnione następnie przez *Gley'a, Vaquez,a* i *Gomez'a.*

Jakkolwiek sprawa ta jest bardzo ciekawa nie będę tu przytaczał zawiłych rozważań z dziedziny hydrauliki i fizyki, zainteresowanych odsyłam do prac wyżej wymienionych autorów, a opraniczę się tylko do uzmysłowienia graficznego. Rysunek 2 przedstawia krzywą ciśnienia w czasie na osi rzędnych i odciętych. Na osi odciętych oznacza czas,



na osi rzędnych wosokość ciśnienia. Linja prosta AB przeprowadzona poprzez krzywą ciśnienia oznacza ciśnienie w mankiecie. Pierwsze oscylacje wyraźne zjawiają się przy ciśnieniu w mankiecie równym ciśnieniu maxymalnemu i zwiększają się w miarę obniżania ciśnienia w mankiecie, a więc obniżania linji AB. Przy ciśnieniu w mankiecie równym ciśnieniu minimalnemu występują również oscylacje, zwiększające się w miarę podnoszenia ciśnienia w mankiecie, a zatem i podnoszenia linji AB. Mamy więc dwa rodzaje oscylacji, ale o równym punkcie wyjścia. W pierwszym wypadku występują one z powodu rozklejania się ścian naczynia pod wpływem ciśnienia skurczowego wyższego od ciśnienia



w mankiecie. W drugim wypadku z powodu zbliżania się ścian naczynia w okresie rozkurczu pod wpływem ciśnienia w mankiecie większego od ciśnienia minimalnego. Mamy więc niejako 2 fazy oscylacji. W chwili przejścia oscylacji z jednej do drugiej występuje najwyższa oscylacja w tym momencie linja prosta AB, będąca wyrazem ciśnienia w mankie-

cie, tworzy z odpowiedniemi odcinkami krzywej ciśnienia powyżej i poniżej siebie powierzchnie, które są równe. Wtedy ciśnienie w mankiecie jest wyrazem ciśnienia średniego. Następuje to w chwili przejścia oscylacji z jednej fazy do drugiej, a więc przy najwyższej oscylacji. Na krzywej ciśnienia (patrz rys. 2) będzie ta wartość odpowiadać punktowi Sz., zatem będzie się znajdować między maximum i minimum jako jedno z kolejnych zmiennych ciśnień. Gdyby, powiedzmy, w układzie krążenia dałoby się to ciśnienie ustalić zamiast ustawicznych wahań od maximum do minimum, krążenie odbywałoby się jak w warunkach prawidłowych. Z krzywej tej widać również, że ciśnienie średnie musi znajdować się bliżej ciśnienia minimalnego, bo krzywa nie jest zupełną sinusoidą. A zatem ciśnienie średnie nie może być średnią arytmetyczną.

Jakież posiada znaczenie dla kliniki wprowadzenie tej trzeciej wartości przy określaniu ciśnienia krwi, wartości, którą posługiwano się dotychczas niemial wyłącznie w dziedzinie fizjologji.

Szkoła francuska z *Vaquezem* na czele wprowadzając pojęcie ciśnienia średniego do kliniki usiłuje podkreślić szereg jego stron dodatnich. W pierwszym rzędzie wysunięto dużą łatwość i ściśle zdefinjowane warunki oznaczania ciśnienia średniego w porównaniu zwłaszcza z ciśnieniem rozkurczowem. Istotnie jeśli chodzi o określenie ciśnienia minimalnego, poglądy są bardzo rozbieżne. Jedni twierdzą, że przy badaniu metodą oscylometryczną ciśnienie minimalne odpowiada pierwszej mniejszej oscylacji, która wystąpi po oscylacjach o dużej amplitudzie. Drudzy stoją na stanowisku, że dopiero wyraźne zmniejszenie się oscylacji odpowiada ciśnieniu minimalnemu, a jeszcze inni, że dopiero wystąpienie oscylacji o zupełnie małej amplitudzie. Brak określonego stanowiska, oraz względność porównania amplitudy oscylacji, czyni mierzenia ciśnienia minimalnego nieścisłem i bardzo subjektywnem. Wszystkie te zastrzeżenia odpadają przy określaniu ciśnienia średniego, gdyż odpowiada ono ściśle najwyższej oscylacji. Pewną trudność w odczytywaniu średniego ciśnienia sprawia występujące niekiedy na szczycie oscylacji „plateau" najczęściej tam, gdzie istnieje duża rozpiętość ciśnień krańcowych. Przy stosowaniu jednak mankietu 15 cm. szerokości (*Vaquez*) „plateau" występuje znacznie rzadziej.

Drugim momentem wysuniętym przez szkołę *Vaqueza (Gomeza, Lajoie)* ma być jego stałość. Ciśnienie średnie ma się nie zmieniać po wysiłku i być niezależne od wieku. Badania przeprowadzone na 20 osobnikach w wieku lat 20 — 25 wykazały, iż po biegu 200 metrów ciśnienie maksymalne wzrasta o 30 — 50 mm., ciśnienie rozkurczowe 5 — 10 mm., natomiast ciśnienie średnie nie zmienia się, bądź podnosi się bardzo nieznacznie i na krótko. Na tej podstawie *Vaquez* nazywa ciśnienie średnie stałą fizjologiczną, nie matematyczną, t. zn. zupełnie niezmienną, lecz

wahającą się w granicach bardzo wąskich (jak wszystkie procesy w organiźmie) z tendencją natychmiastowego wyrównania.

Stanowisko to może zbyt śmiało i pośpiesznie wysunięte, zostało ostatnio zmodyfikowane przez samego *Vaqueza.* Pomijając już wahania zależne od wieku, wysokość ciśnienia średniego u osobników zdrowych w wieku 20 — 30 lat może mieć rozpiętość stosunkowo dużą. W stanie zupełnego spoczynku ciśnienie średnie dla różnych osobników może wynosić 80—110 mm. słupa rtęci. Liczbę 80 mm. spotyka się 15% wypadków, 90 — 100 mm., w 70% wypadków, a liczbę 110 w 15% wypadków. Cyfrę 120 mm. i wyżej należy uważać za patologiczną, będącą wyrazem zaburzeń w krążeniu.

Po wysiłku ciśnienie średnie u osób zdrowych bynajmniej nie zawsze pozostaje niezmienne, lecz wbrew temu, co wykazali *Gomez* i *Lajoie,* podnosić się może nawet o 30 mm. w 15 przypadkach na 20 badanych ciśnienie średnie po wysiłku (bieg 300 mtr.) podnosiło się o 10—30 mm. średnio o 12 mm.

Jakkolwiek więc przyznaje *Vaquez,* że ciśnienie średnie u osobnika zdrowego podnosić się może po wysiłku, nie mniej jednak nie wyrzeka się pojęcia stałej fizjologicznej. Oczywiście ciśnienie średnie jest bardziej stałe, waha się w bardziej wązkich granicach niż ciśnienie maksymalne, które u tych samych osobników zdrowych podnosiło się po wysiłku o 90 mm., średnio 40 mm.

Bardzo ciekawe są wyniki badań ciśnienia średniego u sportowców (*Vaquez, Chaisemartin*), a więc u osobników o pewnej zaprawie fizycznej. W 10 wypadkach na 17 badanych ciśnienie średnie nie zmieniało się wcale, a w reszcie przypadków podniosło się średnio o 4 mm. (średnia dla niewytrenowanych — 12). Powrót do normy następował u wytrenowanych w 16 przypadkach na 17 badanych już po 2 minutach, u niewytrenowanych tylko w 8 przypadkach na 20 badanych, a u reszty po 5 minutach. A zatem u osobników zaprawionych fizycznie po wysiłku ciśnienie średnie podnosi się rzadziej, mniej i trwa krócej.

Podobnie *Lian* twierdzi, że ciśnienie średnie po wysiłku zmienia się niekiedy nawet dość znacznie. Na tej podstawie odmawia ciśnieniu średniemu własności stałej fizjologicznej, podkreślając, iż to samo, że wy-

sokość jego waha się zależnie od wieku w granicach 80—120 mm. przemawia przeciw temu poglądowi.

Dodać należy, że u osobników zdrowych przy określeniu ciśnienia średniego nie spotyka się „plateau“, pomijając oczywiście przypadki błędnej techniki.

Badanie ciśnienia średniego u ludzi chorych z uszkodzonym układem krążenia, wykazały, że ciśnienie średnie w stanie spoczynku jest podniesione tylko w przypadkach nadciśnienia tętniczego. We wszystkich innych kardjopatjach w stanie spoczynku ciśnienie średnie zachowuje się jak u osobników zdrowych. Tu należy zaznaczyć, że w przypadkach rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego, mimo bardzo wysokiego ciśnienia skurczowego, ciśnienie średnie jest prawidłowe. Podniesienie patologiczne jest tylko w wypadku bloku, który nawarstwia się na uprzednio istniejące nadciśnienie *(Gomez).*

Po wysiłku u ludzi z chorym układem krążenia przeprowadzono badania na 22 osobnikach (wady serca różnego pochodzenia wyrównane i nie, uszkodzenie mięśnia sercowe z niedomogą mieszaną, nadciśnienie z niedomogą). Badania te wykazały, że ciśnienie średnie nie zmienia się po wysiłku w przypadkach niedomogi prawokomorowej, podnosi się natomiast w przypadkach niedomogi lewokomorowej. W tych wypadkach kardjopatji, gdzie nie mamy wyraźnych objawów niedomogi serca lewego, a ciśnienie średnie po wysiłku podnosi się, należy przyjąć istnienie niedomogi utajonej. Czas trwania podniesionego ciśnienia średniego zależny jest od wielkości uszkodzenia mięśnia sercowego i stopnia niedomogi. Zauważyć przytem można, że nie zawsze wysokość ciśnienia średniego idzie w parze z czasem utrzymywania się tegoż. Często ciśnienie średnie po wysiłku podnosi się wysoko i szybko wraca do normy i odwrotnie.

W związku z ciśnieniem średniem słów kilka należy poświęcić niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. W schorzeniu tym ciśnienie średnie, mimo dużej rozpiętości ciśnień krańcowych, jest prawidłowe, a częściej nawet niższe *(Lian).* Tym tłómaczą *Vaquez* i jego szkoła długą tolerancję wady tej przez ustrój, wychodząc z założenia, że praca serca jest normalna póki ciśnienie jest prawidłowe.

Ze stanowiskiem tym nie zgadza się jednak *Foutau,* rozróżniać bowiem należy pojemność sercową od pojemności naczyniowej. Pierwsza wartość stoi w ścisłym związku z amplitudą ciśnień skrajnych, druga zależna jest od ciśnienia średniego. Pojemność naczyniowa jest mniejsza od sercowej, wskutek powrotu pewnej ilości krwi do komory lewej przez niedomknięte zastawki. A zatem praca istotna serca jest dużo większa, by utrzymać prawidłowe ciśnienie średnie, a tymsamym zapewnić prawidłowy dopływ naczyniowy. Wzmożenie pracy serca jest zależne od wielkości niedomknięcia, a więc z ciśnienia średniego nie możemy sądzić o pracy serca.

Średnie ciśnienie u ludzi z wyrównanym układem krążenia jest wyższe niż normalnie tylko w przypadkach nadciśnienia. *Vaquez* wyodrębnił jednak przypadki, w których przy prawidłowem ciśnieniu skurczowem ciśnienie średnie było podwyższone, niekiedy nawet znacznie. Tę nową postać w patologji krążenia nazwał nadciśnieniem średniem odosobnionem (hypertension moyenne solitaire). Ponieważ wysokie ciśnienie średnie jest tutaj jedynym objawem poprzedzającym zjawienie się wysokiego ciśnienia maksymalnego, należałoby je raczej nazwać nadciśnieniem średniem monosymptomatycznem. Są to najczęściej chorzy, którzy zwracają się do lekarza z najróżnorodniejszemi skargami subjektywnemi, a u których przy badaniu poza pojedyńczemi ekstrasystolami, ewentualnie wzmożeniem II tonu nad tętnicą główną, nie stwierdza się żadnych zmian, ciśnienie maksymalne jest prawidłowe. Bądź też są to chorzy z typowemi skargami dla nadciśnienia, nad któremi jednak lekarz przechodzi do porządku dziennego, bo ciśnienie skurczowe zachowuje się w granicach normy. We wszystkich tych przypadkach badanie ciśnienia średniego wykazuje znaczne jego podniesienie, a radjoskopja wykrywa

nieraz znaczny przerost serca lewego. Są to prawdopodobnie te przypadki przerostu serca, chętnie nazywanego idjopatycznym, a więc o etjologji nieznanej.

Vaquez przywiązuje do nadciśnienia średniego monosymptomatycznego dużą wagę. Pozwoli ono wykryć cały szereg postaci nadciśnienia we wczesnym okresie rozwoju, a do tej pory nieuchwytnych. Nadciśnienie bowiem ukazywało się oczom badacza już w postaci ustalonej. Nadciśnienie średnie monosymptomatyczne jako ogniwo między początkiem nadciśnienia, a jego rozwiniętym obrazem pozwoli prawdopodobnie wniknąć głębiej w istotę cierpienia, dostarczyć może nowych danych, co do rokowania i leczenia*(Vaquez i Gomez).*

Stanowisko to popiera w całej rozciągłości *Lian,* jakkolwiek sądzi, że przypadki nadciśnienia średniego są stosunkowo rzadkie. Na 400 zbadanych osobników spotkał tylko 2 podobne przypadki. We wszystkich przypadkach podniesionego ciśnienia średniego zawsze znajdował podniesione minimum. Dlatego proponuje te przypadki nazwać nadciśnieniem bazalnem, w odróżnieniu od nadciśnienia maksymalnego. Jest bardzo możliwe, powiada, że w początkowem swem stadjum nadciśnienie jest nadciśnieniem bazalnem.

W związku z nadciśnieniem średniem monosymptomatycznem należy jeszcze omówić sprawę stosunku ciśnienia średniego do rzucawki porodowej i jaskry. Już przed laty *Vaquez* stwierdził, że schorzeniom tym towarzyszy nadciśnienie. Badania były następnie potwierdzone przez cały szereg autorów, jednakże spostrzeżono również przypadki, w których brak było podniesionego ciśnienia. Lukę tę *Vaquez* tłómaczył częściowo niedoskonałemi metodami badania. Wprowadzenie do kliniki pojęcia ciśnienia średniego lukę tę ma wypełnić. Przeprowadzone badania wykazały, że w tych przypadkach rzucawki porodowej i jaskry, gdzie ciśnienie skurczowe zachowuje się prawidłowo, ciśnienie średnie jest wysokie, a zatem również mamy do czynienia z nadciśnieniem średniem monosymptomatycznem. To nadciśnienie średnie występuje przed napadem rzucawki porodowej i w czasie jej trwania, ustępuje równolegle z wyczerpaniem się napadu.

W przypadku podciśnienia (hypotonji) ciśnienie średnie jest obniżone *(Lian)* i liczby poniżej 80 mm. słupa rtęci należy traktować jako patogmoniczne dla tej sprawy.

Vaquez, wprowadzając pojęcie ciśnienia średniego do kliniki, nazwał je nowym etapem w dziedzinie sfigmomanometrji, który umożliwi głębsze wniknięcie w patologję układu krążenia i zmieni być może nasze poglądy na rokowanie. Ciśnienie średnie ma stanowić niejako kryterjum do oceny stanu układu krążenia i być jeszcze jednym probieżem jego wydatności.

Czy istotnie ciśnienie średnie stanowi pewien postęp w dziedzinie sfigmomanometrji, a do kliniki wnosi coś nowego? Na to pytanie w danej chwili na podstawie dotychczasowych badań trudno jest odpowiedzieć. Sprawa ta pod względem klinicznym jest stosunkowo świeża i poza krytycznemi uwagami *Liana,* opartemi na obszernym własnym materjale, nie było dotychczas systematycznych badań kontrolnych.

Bezwątpienia już teraz jednak można podkreślić pewne dodatnie strony ciśnienia średniego dla kliniki, a przedewszystkiem prostotę i ścisłe warunki pomiaru, w przeciwstawieniu do niepewnych metod ciśnienia rozkurczowego. Są zresztą przypadki, gdzie ciśnienia rozkurczowego wogóle nie można określić, jak np. w niektórych postaciach niedomykalności zastawek półksiężycowych. Ponieważ różnica pomiędzy ciśnieniem średniem i minimalnem jest niemal stała i wynosi około 30 mm. słupa rtęci, zarówno w stanach fizjologicznych jak i patologicznych, a określenie minimum, nie jest ścisłe, przeto *Lian* twierdzi, że ciśnienie rozkurczowe należy zastąpić mierzeniem ciśnienia średniego.

Drugim momentem, który również podkreślić należy, jest to postać nadciśnienia średniego monosymptomatycznego, która uchodziła dotychczas naszej uwagi.

W tych dwu momentach uwypukla się jego wartość dla kliniki. Zagadnienie ciśnienia średniego, jako jeden z momentów zawiłej hydrauliki krążeniowej, wymaga jeszcze dalszych studjów, zwłaszcza łącznie z rzutem skurczowem serca *(Vaquez).* Wtedy dopiero, jak podkreśla *Vaquez,* będzie można wyciągnąć wnioski o sposobie pracy układu krążenia.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Hedon,* Précis de Physiologie, Paris 1926.
2. *Pachon* — C. R. Soc. de Biol. t. 84, str. 868, 1921.
3. *Pachon et Fabre,* C. R. Soc. de Biol. t. 90, str. 210, 1924.
4. *Vaquez et Gomez,* Bul. d. l'Acad. d. Méd., t. 105, Nr. 7, 1931.
5. *Gley et Gomez,* Pres. Médic. Nr. 16, 1931.
6. *Vaquez, Gley, et Gomez,* Pr. Méd. Nr. 16, 1931.
7. *Gomez et Lajoie,* Pres. Méd. Nr. 32, 1931.
8. *Lery, Kisthinios et Lepage,* Bul. Acad. Méd. t. 105, Nr. 16, 1931.
9. *Vaquez, Gley, Gomez,* Pres. Méd. Nr. 71, 1931.
10. *Gley et Gomez,* Journ. de Physiol. et. de Pathol. gén. t. 29, str. 38, 1931.
11. *Gley et Gomez*, Journ. d. Phys. et d. Pathol. gén. t. 29, str. 284, 1931.
12. *Gomez.* Pr. Méd. Nr. 96, 1931.

13. *Foutau,* Pr. Méd. Nr. 54, 1931.
14. *Vaquez et Gomez,* Pr. Méd. Nr. 97, 1931.
15. *Vaquez, Kisthinios et Papaioaunou,* Pr. Méd. Nr. 32, 1931.
16. *Gomez,* Arch. d. Mal. du couer, Nr. 12, 1931.
17. *Lian,* Pr. Méd. Nr. 7, 1932.
18. *Vaquez et Chaisemartin,* Pr. Méd. Nr. 25, 1932.
19. *Cordier et P. Veil,* Arch. d. Mal. du coeur, Nr. 9, 1931.
20. *Bailliart et Gomez,* Bull. Acad. de Méd., mars, 1931.

Dr. STEFAN KRAMSZTYK.

O AFTACH ZAKAŹNYCH I NAWYKOWYCH I ICH LECZENIU.

Tak zwane włóknikowe ogniskowe zapalenie jamy ustnej (stomatitis aphthosa) należy, jak wiadomo, do najczęstszych schorzeń wieku dziecięcego. Te dziecięce afty są pochodzenia zakaźnego, lecz etjologja ich nie jest do dziś dnia zupełnie ściśle wyjaśniona. Zupełnie innego charakteru są afty spotykane przeważnie u dorosłych. Ta ostatnia postać kliniczna, być może dzięki tak częstemu i pospolitemu występowaniu wspomnianego zapalenia jamy ustnej, dopiero w ostatnich paru latach zaczęła zwracać na siebie baczniejszą uwagę, i udało się wykazać jej zupełną pod każdym względem samodzielność.

Ścisłe wyodrębnienie t .zw. aft nawykowych, które mogą się spotykać nietylko u dorosłych, lecz również i w wieku dziecięcym, ma ogromne znaczenie zwłaszcza z punktu widzenia lecznictwa. Afty nawykowe, ta właściwa według *Bascha* choroba aftowa, nie mają nic wspólnego, ani z dziecięcą stomatitis apthosa, ani z zarazą pyskową i raciczną; afty nawykowe są chorobą przewlekłą, recydywującą zapalenie jamy ustnej — typową chorobą ostrą.

Dwa co do genezy swej tak różne cierpienia podobne są do siebie jedynie w tem, że pojedyńcze wykwity na śluzówce jamy ustnej i w jednem, i w drugiem schorzeniu nie różnią się od siebie wogólności. Oddzielnie ogniska mają białawo obłożony środek i przekrwiony brzeg; obok tych pojedyńczych ognisk daje się stwierdzić ogólne zapalenie jamy ustnej w lżejszym lub cięższym stopniu.

Afty nawykowe występują przeważnie w okresie dojrzewania i trwają uporczywie aż do późnego wieku, pojawiając się w mniejszych czy większych odstępach czasu nieregularnie; nie zdarza się nigdy, by te afty nawykowe mogły się komukolwiek udzielić, gdy tymczasem dziecięce afty odznaczają się, jak wiadomo, silną zaraźliwością.

Również i pod względem klinicznym obie te postaci chorobowe różnią się od siebie w sposób wybitny. Afty nawykowe występują pojedyńczo, przeważnie pojawia się tylko jeden wrzodzik w jamie ustnej, czasem dwa, większa ilość jednocześnie zdarza się rzadko *(Flusser)*. W *stomatitis aphthosa* wykwity mogą w początku być nader nieliczne, ale później liczba ich zwiększa się z dnia na dzień i u szczytu rozwoju choroby osobliwie przednia część jamy ustnej cała jest obsypana.

W aftach nawykowych poszczególne ogniska wykazują wyraźną utratę substancyi. Szczególnie w miejscach, gdzie śluzówka bezpośrednio przylega do kości, mogą te wrzodziki dochodzić do kilku milimetrów głębokości. Brzeg wrzodzika jest nieprawidłowo zębaty, często podminowany. Wielkość i kształt poszczególnych ognisk podlega w aftach nawykowych wielkim wahaniom i urozmaiceniom. W przeciwieństwie do tego wykwit, charakterystyczny dla aftowego zapalenia jamy ustnej, odznacza się ostremi brzegami, i kształt jego jest okrągły lub elliptoidny. Niema on nigdy wyglądu wrzodu, nie wykazuje utraty substancyi, a raczej pokryty jest on jeszcze powłoką włóknikową (stomatitis maculo-fibrinosa).

Podczas gdy afty nawykowe umiejscawiają się przeważnie w przejściach śluzówki warg i policzków na śluzówce szczęki, to afty zakaźne rozsiane są po całej przedniej części jamy ustnej. Inne części tej ostatniej, jak również miękkie podniebienie i migdałki bywają porażone rza-

dziej, zato często spotyka się afty zakaźne na wargach, gdzie znowu nigdy nie pojawiają się afty nawykowe.

Duża różnica istnieje w obu schorzeniach, jeżeli chodzi o zachowanie się śluzówki jamy ustnej wogólności; w aftach nawykowych śluzówka ta dotknięta jest nieco tylko w najbliższem sąsiedztwie aft, zato w aftach zakaźnych mamy do czynienia z ostrym stanem zapalnym całej błony śluzowej. Wszędzie spostrzegać się daje wysoki stopień zaczerwienienia i obrzmienia, rozpulchnienie nabłonka. Wargi i dziąsła skłonne są do krwawienia, i z ust wydobywa się charakterystyczny dlatego cierpienia zgniły zapach. Również i znaczna bolesność, która jest jednym z wybitnych objawów aft zakaźnych i uniemożliwia nawet dzieciom przyjmowanie pokarmów, nie występuje w aftach nawykowych, jak i często dość znaczne podniesienie ciepłoty ciała.

Wrażliwość na afty zakaźne właściwa jest przedewszystkiem wczesnemu okresowi dzieciństwa, poczynając od końca pierwszego roku życia aż do czterech lat; w wieku szkolnym choroba ta jest znacznie rzadsza, a u dorosłych występuje w razach wyjątkowych.

Basch w przeciwieństwie do *Flussera* uważa, że w aftach nawykowych (właściwej chorobie aftowej) występują wrzodziki szarożółtej barwy w dużej ilości na śluzówce jamy ustnej, na języku, dziąsłach, podniebieniu, gardzieli, wywołują nader nieprzyjemne uczucie palenia i promieniującego bólu. Obok tego obrzmiewają często gruczoły chłonne; cierpienie ustępuje samorzutnie po upływie 10 — 12 dni, ale powtarza się.

Etjologja zarówno zakaźnych, jak i nawykowych czyli habitualnych aft jest jeszcze niejasna. Niektórzy klinicyści, osobliwie francuscy łączą stomatitis aphthosa z cierpieniem skórnem — impetigo contagiosa, z czem się jednak nie wszyscy zgadzają.

W związku z ciemną wciąż jeszcze etjologją i z niedostatecznem uświadomieniem sobie przez ogół lekarzy faktu istnienia dwóch różnych postaci aft — terapja tych schorzeń często napotyka duże trudności. Ciekawe pod tym względem przyczynki dostarczają ostatnie zeszyty



LITERATURĘ I PRÓBY WYSYŁA W. P. LEKARZOM

Przedstawicielstwo na Polskę:

Firma „**ERGOS**" Warszawa Marszałkowska 62.

rozpowszechnionego wśród lekarzy-praktyków, a wydawanego w Wiedniu miesięcznika „Ars medici". Widać stąd, że recydywujące afty nawykowe wciąż jeszcze rozpoznawane są jako stomatitis aphthosa i jako to ostatnie cierpienie, oczywiście bezskutecznie, leczone. Doświadczeni klinicyści (prof. *Kerl)* uznają, że leczenie stomatitis aphthosa jest niewdzięcznem zadaniem, zwłaszcza, że przyczyna tego schorzenia nie jest znana. W każdym razie dokładne badanie wewnętrzne może w wielu przypadkach wykryć związek zapalenia jamy ustnej z istniejącą chorobą żołądka.

Jeżeli chodzi o zwyczajną stomatitis aphthosa, występującą u dzieci, to oczywiście wystarcza zwykle terapja (płukanie i przeszprycowywanie kal. permanganicum lub 1% wodą utlenioną, pendzlowanie tinct. Ratanhiae + tinct. Myrrhae lub 2% Argent. nitr.). *Basch,* który wyodrębnia ściśle od zapalenia jamy ustnej właściwą „chorobę aftową",

uważa, że w tej ostatniej grają rolę zarówno czynniki konstytucyjne jak i bakteryjne. Zdaniem jego łagodne środki ściągające są w aftach nawykowych bez wyniku, środki przyżegające (argent. nitr., kwas chromowy) zaostrzają jeszcze sprawę; obok środków znieczulających (nowokaina, anestezyna) jedyna racjonalna terapja polega na pendzlowaniu porażonych miejsc roztworem neosalwarsanu lub salwarsanu srebrowego.

Kerl poleca w stomatitis aphthosa (nie odróżnia on tego ostatniego cierpienia od aft nawykowych) obok leczenia wewnętrznego również miejscowe symptomatyczne w postaci płukania wodą utlenioną, błękitem metylowym, pyoktaniną, stosowanie salwarsanu miejscowo i dożylnie, trypaflawinę. Z innych sposobów terapeutycznych, propagowanych w ostatnich czasach, a odpowiednich właśnie dla leczenia aft nawykowych należy wymienić podawanie urotropiny (trzy razy dziennie po 0,5) oraz przedewszystkiem atropinę (dwa razy dziennie 4 — 5 kropli roztworu 1 : 1.000).

Ten ostani sposób zwłaszcza zasługuje na szczególną uwagę, gdyż jak się zdaje, afty nawykowe występują osobliwie często u wagotoników ze skłonnością do nadkwaśności. W tych razach wszelkie silniejsze środki miejscowe są bezskuteczne, a raczej szkodliwe.

W końcu wspomnieć należy, że *Flusser* radzi w ciężkich przypadkach stomatitis aphthosa u dzieci stosować zastrzyki śródskórne wszystko jedno z jakiego materjału; leczenie miejscowe uważa on wtedy za zbyteczne.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

ZASTOSOWANIE AGOMENSINY W WYPADKACH PSYCHOZY U KOBIET CIĘŻARNYCH.

(Ars. Medici, rocz. 22, Nr. 2, str. 1205, 1932).

Dr. O. Eisenschimmel — Eisen, Badgastein, opisuje następujący przypadek: 26-letnią kobietę, w 6-tym miesiącu ciąży, umieszczono w zakładzie dla nerwowo chorych, z powodu ciężkiej depresji. W 4-tym tygodniu po normalnym porodzie odesłano ją do domu, jednak znów nastąpiła recydywa. Jakkolwiek sama dziecka nie karmiła, przez 8 tygodni nie miała menstruacji. Autor wstrzykiwał jej dziennie 2 ccm. Agomensiny śródżylnie. Po 3 zastrzykach nastąpiło zupełne uspokojenie, a po dalszych 4, a więc w tydzień po rozpoczęciu 3 śródmięśniowych zastrzykach 1 ccm. Agomensiny, kurację przerwano. Od tego czasu kobieta ta niecierpiała nigdy więcej na stany depresyjne, a drugą ciążę przebyła zupełnie normalnie.

——:o:——

O NOWEJ METODZIE ZWALCZANIA NOSICIELSTWA PRĄTKÓW DUROWYCH.

Prof. Dr. Onodera, Dr. Murakawa i Dr. Lin. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Tom 171 zeszyt 5. 21 września 1931 r.

W profilaktyce i zwalczaniu duru brzusznego dużą rolę odgrywa walka z nosicielstwem pałeczek durowych. W związku z tą sprawą stosowano dotychczas takie środki, jak różne leki bakterjobójcze, żółciopędne, dezynfekujące drogi żółciowe; starano się podnieść odporność

ustroju przy pomocy środków tonizujących, szczepionek i kuracji djetycznych; naświetlania, stosowania barwników, a nawet usunięcie woreczka żółciowego miały także prowadzić do tego celu.

Niestety żadna z powyższych metod nie może być uważana za absolutnie pewną.

Z badań klinicznych wiadomem jest, że u ludzi, którzy chorowali na dur brzuszny, prątki durowe przez długie lata przebywają w woreczku żółciowym. I dlatego chirurgowie w walce z nosicielstwem prątków duru są zwolennikami usuwania woreczka żółciowego wtedy, gdy interniści wolą stosować środki odkażające drogi żółciowe. Autorzy w badaniach swoich posługiwali się preparatami jodowymi, które w ostatnich latach posłużyły jako materjał, kontrastowy dla uwidocznienia pęcherzyka żółciowego.

Oddawna wiemy, że środki należące do grupy chlorowców (chlor. brom, jod, fluor) już w słabej koncentracji działają zabójczo na prątki duru. Klinicystom znany jest również fakt, że przykry zapach chorych na zgorzel płuc zmniejsza się w ciągu kilku dni po uprzedniem wprowadzeniu do oskrzeli lipjodolu i następowem naświetlaniu klatki piersiowej promieniami Roentgena, a stan ogólny tych chorych znacznie się poprawia. Doświadczalnie udowodniono, że jod dzięki utlenianiu działa tu jako *desodorans*, a z drugiej strony, jako środek odkażający. Na zasadzie tych obserwacji autorzy zaczęli stosować cholecystografję przy pomocy tetrajodfenolftaleiny w nadziei, że uda im się w ten sposób zabić prątki durowe u nosicieli.

W swych badaniach autorzy stosowali „Jodtetragnost“ Merck'a w dawkach nie przekraczających 0,1 gr. na kilo wagi, przyczem żadnych objawów ubocznych nie stwierdzali. W czasie doświadczeń okazało się, że stosowanie tej metody u chorych na dur brzuszny jeszcze gorączkujących nie daje żadnych dodatnich wyników, naodwrót, w tym okresie możemy choremu tylko tem zaszkodzić. Stosowanie „Jodtetragnost“ Merck'a *per os* pozostaje bez efektu. Dla osiągnięcia pełnego efektu

musi się po dożylnem wprowadzeniu jodtetragnostu naświetlać w ciągu pewnego czasu wątrobę i okolicę pęcherzyka żółciowego tych nosicieli.

1. W jakim stopniu działa jodtetragnost *in vitro?*

2. Czy naświetlanie promieniami Roentgena ma jakiś wpływ na stopień odkażania jodtetragnostu? i

3. Czy zabite prątki durowe zachowują swoje własności odpornościowo-serologiczne czy nie?

I. Na buljonie z domieszką gliceryny i żółci z jodtetragnostem w rozmaitem stężeniu szczepiono prątki duru. Po pewnym czasie te kultury przeszczepiano, część na agar, część zaś na buljon dla przekonania się czy da się jeszcze wyhodować żywe prątki. I otóż okazało się, że w buljonie z zawartością 3% jodtetragnostu prątki duru ulegały obumarciu po 24 godzinach, w 4% roztworze jodtetragnostu po 12 godz., w 5% po 10 godz., a w 6% ginęły już po upływie 3 godzin.

II. Dla wyświetlenia drugiej sprawy autorzy dodawali do 4% agaru jodtetragnost w różnem stężeniu, agar ten wylewano na płytki Petriego, na których szczepiono prątki durowe. Połowę płytki nakrywali grubemi płytkami ołowiu, a potem całość naświetlali jeden raz promieniami Roentgena. Płytki te były potem badane po 24, 48, 72 godzinach i po tygodniu. I oto okazało się, że na płytkach agarowych z zawartością 2% jodtetragnostu prątki duru zupełnie nie wyrosły. W 1% roztworze wzrost pod wpływem naświetlania został wstrzymany na przeciąg pierwszych 3 dni, ale prątki te nie uległy zabiciu. W 0,5% roztworze wzrost bakterji zostaje wstrzymany na kilka dni, a przy stężeniu 0,1% jodtetragnostu naświetlanie nie ma żadnego wpływu na rozwój prątków.

III. Trzecie zagadnienie rozwiązali autorzy w następujący sposób: do próbówki z roztworem soli fizjologicznej, która zawierała 5% jodtetragnost, dodali zawiesinę prątków duru i przez 3 godziny trzymali ją w termostacie przy 37°C. Po stwierdzeniu, że prątki uległy obumarciu zastrzykiwali psom dożylnie po 5 cm.^{3}, a królikom po 2,5cm.^{3} powyższego roztworu zawierającego zabite prątki. Po tygodniu odczyn Vidala z surowicy tych zwierząt wypadł wybitnie dodatnio. Przed dożylnem wprowadzeniem zawiesiny zabitych prątków, surowica tych zwierząt wykazywała ujemny odczyn Vidala. Rekonwalescentom po durze brzusznym autorzy wprowadzali dożylnie jodtetragnost w dawce nieprzekraczającej 0,1 gr. na kilo wagi. Następnego dnia naświetlano promieniami Roentgena wątrobę i okolicę pęcherzyka żółciowego. A potem sprawdzano kał, mocz i żółć badanego na obecność prątków durowych. W razie potrzeby po kilku dniach (po tygodniu czy 2 tygodniach) zabiegi powyższe powtarzali. W większości przypadków potem już nie można było wykazać w stolcu, moczu czy to w żółci badanych prątków duru. Ba-

dania te były sprawdzone przez innych lekarzy japońskich, którzy doszli do tych samych wyników.

Zapatrywania klinicystów czy u nosicieli prątków durowych dochodzi do zaburzeń w czynności pęcherzyka żółciowego, do dziś są podzielone. W każdym razie pewnem jest, że u niektórych nosicieli pod wpływem prątków dura czynność pęcherzyka żółciowego ulega pewnym zaburzeniom. W takich właśnie wypadkach cholecystografja wypada ujemnie, gdyż koncentracja „jodtetragnostu“ w pęcherzyku żółciowym nie jest dostateczna dla otrzymania cienia. Być może tem też należy sobie wytłómaczyć fakt, że u niektórych nosicieli jodtetragnost nie zabija prątków duru, choć czasami udaje się i tych nosicieli na czas pewien uwolnić od prątków duru brzusznego.

W porównaniu w dotychczas stosowanemi metodami zwalczania nosicielstwa, powyższa metoda, jako pewniejsza, powinna być wypróbowana.

——:o:——

LECZENIE KAMICY ŻÓŁCIOWEJ. *K. Westphal, F. Gleichman i W. Mann.* Zeitschrift für kl. Med. tom. 115 zeszyt 3 i 4 12/II 31 r.

W ostrym napadzie kamicy żółciowej radzą autorzy unikać morfiny, która wywołuje skurcz *m. sphincter Odii.* Dla uspokojenia bólów stosują atropinę do 3 mlgrm. dziennie. Gdy chodzi o spotęgowanie działania atropiny dodają do niej raczej kodeinę, niż morfinę. Podają wtedy 0,03 — 0,04 gr. kodeiny z 0,03 Extractum Belladonnae pro die per os lub w czopkach. Tylko w razie wyjątkowo silnych bólów dają 0,02 morfiny z 0,001 atropiny podskórnie. Następnie w leczeniu à la longue dla osłabienia siły ruchowej pęcherzyka żółciowego dają średnie dawki atropiny średnio 0,5 mlgrm. 3 razy dziennie, a w razie wystąpienia ubocznych objawów działania atropiny (suchość w ustach), dają pochodne atropiny np. eumydrynę lub preparaty belladonny, jak bellafolinę. Djeta musi być oszczędzająca: usuwa się pokarmy dłużej zalegające w żo-

łądku i trudniej strawne, pokarmy bogate w tłuszcze. Masło dajemy w średnich ilościach. Na brzuch ciepłe okłady. Uspokojenie ruchowej czynności dróg żółciowych z jednocześnie zwiększoną czynnością żółciopędną osiąga się przy pomocy mentolu. Schreiber i Herman przekonali się przy pomocy zgłębnikowania dwunastnicy, że Ol. Menthae wywiera najpierw działanie porażające, podobne do działania atropiny, a potem dopiero działa żółciopędnie. Ostrożną regulację czynności dróg żółciowych można wywołać ze strony jelit przez podawanie zwykłych roślinnych środków czyszczących, jak: Cascara Sagrada, Extractum Aloes. Najlepiej dać je wieczorem razem z ½ — 1 mlgrm. atropiny. Z drugiej strony regulująco na czynności dróg żółciowych działa oliwa, będąca silnym środkiem żółciopędnym. Daje się 1 — 2 łyżki stołowe oliwy wieczorem. Prowadzi to do odpływu żółci w nocy i zapobiega w ten sposób jej zastojowi. Jednocześnie zwalcza oliwa zaparcie, gdyż działa mechanicznie i w stanie prawie niezmienionym opuszcza przewód pokarmowy. Rano daje się wodę karlsbadzką, a w ciągu dnia przy stosowaniu djety oszczędzającej daje się małe dawki atropiny. Oprócz tych środków można podawać inne środki czyszczące, jako też cały szereg gotowych preparatów żółciopędnych znanych ogółowi lekarzy, jak agocholine, felaminc i t. d.

———:o:———

O ŚRODKACH PODTRZYMUJĄCYCH I POBUDZAJĄCYCH ODDECH.

Uniwersytet w Wisconsin.

The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics tom 39, Nr. 3, str. 264—265, lipiec 1930.

A. H. MALONEY. Badano na zwierzętach następujące środki, jak morfina, kofeina, strychnina, cardiazol i coramina, celem ustalenia stopnia ich oddziaływania na oddech. Odnośnie do coraminy, powiada autor, że jest to najpewniejszy środek, pobudzający oddech przy zaburzeniach w oddychaniu, spowodowanych zatruciem morfiną. Coramina reguluje i pogłębia oddech.

———:o:———

PRZYPADEK PYAEMIA PARATYPHOSA (B) WYLECZONY TRANSFUZJĄ KRWI.

ED. JACOBSON. Deutsches Archiv für klinische Med. tom 172. zeszyt 3. 21/XII 31 r.

Autor opisuje przypadek pyemji w przebiegu paraduru B. objawiający się ropniami tkanki podskórnej w różnych częściach powłok. Z ropni

tych wyhodowano prątki paraduru B. Leczenie aspiryną, diplosalem, melubryną, chininą, zastrzykiwaniami kolargolu, trypaflawiny, jodipiny, wreszcie stosowanie wielowartościowej szczepionki durowej pozostało bez efektu. Dopiero po transfuzji krwi sprawa szybko została opanowana.

Prątki duru i paradurów nie mają własności ropotwórczych. Dotychczas jednak nie wiemy, w jakich warunkach prątki te nabierają własności ropotwórczych. Rokowanie w wypadkach ropni na tle durowem jest pomyślniejsze od tych przypadków, gdzie czynnikiem wywołującym ropienie są inne ropotwórcze drobnoustroje pod warunkiem, że ropnie wywołane przez prątki durowe nie obejmą narządów ważnych dla ustroju. W zwalczaniu tych powikłań w przebiegu duru transfuzja krwi może oddać duże usługi.

——:o:——

Bulletins et Mèmoires de la Société de médicine de Paris, Nr. 12, 1931, str. 454.

A. HIRSCHBERG stosował również Percainę przy znieczuleniach lędźwiowych na klinice prof. Paucheta. Ceni on wyżej metodę Jonesa od metody Quarelli, a to z powodu bardziej równomiernych rezultatów i prostszego sposobu zastosowania i widzi istotne postępy w zastosowaniu Percainy przy znieczuleniach lędźwiowych.

——:o:——

——:o:——

Dr. LEO KREIS. *O nadciśnieniu tętniczem i jego leczeniu.* W. med. Wschrift. Nr. 42. 1931.

Autor omawia podział nadciśnienia na dwie grupy: nadciśnienie pierwotne i wtórne. W powstawaniu ich, jak wiadomo, bardzo waż-

ną rolę odgrywa zwężenie drobnych tętniczek, którego przyczyny mogą być najrozmaitsze.

W leczeniu nadciśnienia otrzymywał autor dobre rezultaty po stosowaniu calcium-diuretyny i jod-calcium-diuretyny (Knoll)

U osobników z nadciśnieniem pierwotnem po 4 — 5 dniowem zażywaniu 2 tabletek 3 — 4 razy dziennie ustępowało uczucie lęku i ucisku, dzięki poprawie krążenia wieńcowego i czynności serca. Podobny efekt spostrzegano przy miażdżycy i dychawicy oskrzelowej. W dusznicy bolesnej napady występowały rzadziej, również zmniejszały się bóle głowy oraz ściskania w okolicy serca.

Spadek ciśnienia wynosił 20 i więcej mm. Hg. Przy nadciśnieniu kiłowem, oba powyższe leki skojarzone z leczeniem swoistem i djetetycznem (ograniczenie białka i cholesteryny) dawały poprawę stanów spastycznych.

Calcium-diuretyna i jod - calcium - diuretyna w dychawicy oskrzelowej poprawiła stan podmiotowy chorych, a podana profilaktycznie zapobiegała napadom duszności.

Przy zapaleniu nerek z obrzękami uzyskiwano spadek ciśnienia krwi i zwiększenia diurezy.

——:o:——

Die Perikarditis exsudativa. (Die Aerzt. Prax. T. II, z 4).

W omówieniu w ogólnych zarysach etjologji zapalenia wysiękowego worka osierdziowego, autor podaje przebieg kliniczny tej choroby zarówno jako samoistnej jednostki klinicznej, jak i powikłania innej choroby zakaźnej. Obszerniej zastanawia się *Elias* nad poszczególnymi objawami miejscowymi, oraz zaburzeniami w całym krwiobiegu, powstałemi naskutek obecności wysięku.

W leczeniu omawianej choroby należy znać dobrze wskazania do nakłócia worka osierdziowego, oraz środki farmaceutyczne i djetetyczne. Rokowanie w przypadkach zapalenia wysiękowego worka osierdziowego jest bardzo różne, ze względu na różnorodność przebiegu klinicznego tego schorzenia.

——:o:——

WIECHOWSKI. *Bekämpfung des Herzkollapses.* (Die Aerzt. Prax. T. II, z. 5).

Objawy zapaści sercowej mogą wystąpić nie tylko u osobników z osłabionym mięśniem sercowym, lecz także u ludzi z sercem zdrowem,

o ile serce to musi spełnić pracę, przewyższającą jego bezwzględną wydolność; dlatego zmniejszenie pracy serca może dać klinicznie poprawę sprawności mięśnia sercowego.

Autor chce wyjaśnić, jakie leki rzeczywiście działają na mięsień sercowy; w tym celu podaje on cały szereg doświadczeń farmakologicznych nad takiemi zasadniczemi środkami nasercowemi, jak naparstnica, kamfora, adrenalina, kofeina, cardiasol i coramina, przyczem rozpatruje działanie ich na mięsień sercowy, ośrodki naczynioruchowe, naczynia obwodowe, układ wegetatywny. Ostatecznie *Wiechowski* dochodzi do wniosku, że środkiem rzeczywiście pobudzającym czynność serca jest kofeina, a w pewnych wypadkach również naparstnica; kamfora bezwzględnie na mięsień sercowy nie działa. Adrenalina, cardiazol, coramina, a nieraz i kamfora mogą być lekami pomocnymi w zwalczaniu zapaści sercowej.

NOTATKA TERAPEUTYCZNA.

W przypadkach bólów pochodzenia ośrodkowego („Thalamusschmerzen") *Ehrenwald* zaleca zastrzykiwania podskórne strychniny (0,002) z jednoczesnem podawaniem per os pyramidonu (0,3).

Nervenarzt 4, 137. 1931.

TREŚĆ:

□ □ □

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Długa 46 m. 25 tel. 11.67-77.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.



Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.